

## ANALIZA POTRZEB KLIENTA (APK)

Dane Klienta

osoba fizyczna  osoba prawna

Imię i nazwisko/Nazwa: \_\_\_\_\_

PESEL/NIP i REGON: \_\_\_\_\_

Nr telefonu: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### Oświadczenia Klienta:

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią dokumentu „Klauzula informacyjna z art. 13 RODO”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.

Oświadczam, że w celu doboru produktu ubezpieczeniowego najbardziej dostosowanego do moich wymagań i potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w art. 8 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń, wyrażam zgodę wobec Agenta Ubezpieczeniowego\*/OFWCA, aby podlegać decyzji, która opiera się na przetwarzaniu, w tym profilowaniu moich danych osobowych.

Oświadczam również, że Agent Ubezpieczeniowy\*/OFWCA poinformował/a mnie, że zakres udzielanych przeze mnie odpowiedzi będzie miał wpływ na otrzymaną propozycję produktów ubezpieczeniowych.

Oświadczam również, że Agent Ubezpieczeniowy\*/OFWCA poinformował/a mnie, że informacje, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń mogą otrzymać na moje żądanie za pośrednictwem poczty e-mail, jeżeli wyrażę wolę takiego przekazania zamiast przekazania tych informacji w formie papierowej. Oświadczam, że podane przeze mnie dane (w tym adres e-mail, nr telefonu) są prawdziwe, zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy i podaję te dane na potrzeby kontaktu elektronicznego/telefonicznego z Agentem Ubezpieczeniowym\*/OFWCA w zakresie podejmowanych przez niego/nią czynności dystrybucyjnych, co do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową.

Oświadczam, że została przeprowadzona analiza moich potrzeb i wymagań ubezpieczeniowych w oparciu o:  rozmowę bezpośrednią  korespondencję elektroniczną w zakresie:

- UBEZPIECZEŃ KOMUNIKACYJNYCH,  UBEZPIECZENIA NIERUCHOMOŚCI,  
 UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW,  UBEZPIECZENIA FIRMY,  
 UBEZPIECZENIA PODRÓŻNEGO,  UBEZPIECZEŃ ROLNICZYCH,  UBEZPIECZEŃ ŻYCIOWYCH,  
 UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO,  .....

### Przedstawione oferty produktów ubezpieczeniowych zakładów ubezpieczeń:

1. ....
2. ....
3. ....

zostały w szczególności odpowiednio dobrane/ustalone do moich potrzeb i wymagań, tj.:

1. rodzaju umów ubezpieczenia, którymi jestem zainteresowana/y,
2. celu zawarcia umowy,
3. rodzaju produktu ubezpieczeniowego/produktów ubezpieczeniowych, który jest zgodny/które są zgodne z moimi potrzebami i wymaganiami,
4. przedmiotów ubezpieczenia zgodnych z moimi wymaganiami i potrzebami,
5. zakresu ryzyk zgodnych z moimi wymaganiami i potrzebami,
6. sumy ubezpieczenia lub gwarancyjnej oraz limitów/podlimitów odpowiedzialności zgodnych z moimi wymaganiami i potrzebami,
7. zakresu wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, które są do zaakceptowania przeze mnie, w świetle potrzeb i wymagań zgłoszonych przeze mnie,
8. zakresu terytorialnego danego produktu ubezpieczeniowego zgodnego z moimi wymaganiami i potrzebami,
9. zasad ustalania wysokości odszkodowania lub świadczenia z umowy ubezpieczenia zgodnych z moimi wymaganiami i potrzebami,
10. okresu ubezpieczenia zgodnego z moimi wymaganiami i potrzebami.

\* Niewłaściwe skreślić

.....  
(data i CZYTELNY podpis Klienta)

ANALIZA POTRZEB KLIENTA - UBEZPIECZENIA KOMUNIKACYJNE

Lp.	Pytanie	Odpowiedź	
		Tak	Nie
1.	Czy posiada Pani/Pan pojazd objęty obowiązkowym ubezpieczeniem oc ppm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy jest Pani/Pan zainteresowana/y ubezpieczeniem kierowcy i pasażerów pojazdu od skutków kolizji polegających na utracie zdrowia lub życia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Jaki jest wiek najmłodszego użytkownika pojazdu? (w latach)		
4.	Czy wyraża Pani/Pan chęć dodatkowego ubezpieczenia szyb (nie w ramach ryzyka AC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Czy pojazd będzie użytkowany za granicą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Czy pojazd będzie użytkowany w krajach: Białoruś, Mołdawia, Rosja, Ukraina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Czy jest Pani/Pan zainteresowana/y ochroną na wypadek awarii samochodu w ramach Assistance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Czy jest Pani/Pan zainteresowana/y usługą holowania na terenie Polski/Europy w ramach Assistance? Jeśli tak, to o jakim zakresie terytorialnym?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Czy jest Pani/Pan zainteresowana/y otrzymaniem pojazdu zastępczego w przypadku awarii/wypadku w ramach Assistance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Czy jest Pani/Pan zainteresowana/y ochroną zniżek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Czy pojazd służy do zarobkowego przewozu osób/wynajmu/użytku zarobkowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Czy jest Pani/Pan zainteresowana/y ubezpieczeniem pojazdu na wypadek uszkodzenia i kradzieży? (jeśli tak, proszę udzielić odpowiedzi na pytania nr 13-18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Czy jest Pani/Pan zainteresowana/y w przypadku wystąpienia szkody w pojeździe, aby rozliczyć szkodę bezgotówkowo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Czy dopuszcza Pani/Pan możliwość udziału własnego w szkodzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Czy pojazd jest przedmiotem kredytu lub leasingu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Czy jest Pani/Pan zainteresowana/y ubezpieczeniem GAP (od utraty wartości pojazdu)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Czy interesuje Panią/Pana utrzymanie sumy ubezpieczenia z dnia zawarcia umowy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Czy jest Pani/Pan zainteresowana/y opcją braku redukcji sumy ubezpieczenia po szkodzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oświadczam, że Agent ubezpieczeniowy\*/OFWCA **przekazał/a mi w zrozumiałej formie obiektywne informacje** o wyżej wymienionym/ch produkcie/produktach ubezpieczeniowym/ch - **w celu umożliwienia podjęcia świadomej decyzji.**

Oświadczam, że **przed zawarciem umowy otrzymałam/em** ustandaryzowany/e dokument/y zawierający/e informacje o produkcie/produktach ubezpieczeniowym/ych, co do którego/których o zawarcie umowy wnioskuje. Jestem świadoma/y, że ten rodzaj dokumentu (IPID, karta produktu) ma charakter informacyjny, a pełne informacje o produkcie/produktach ubezpieczeniowym/ych (przede wszystkim szczegółowy zakres objętych ubezpieczeniem ryzyk, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności) zawarte są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, które otrzymałam/em przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, że **przedstawiona mi oferta spełnia moje wymagania i potrzeby**, przy uwzględnieniu wysokości składki, jaką jestem skłonna/y zapłacić. **Wybieram tę ofertę w wyniku mojej świadomej decyzji** i zawieram umowę/y potwierdzoną/e polisą/ami:

1. nr.....z .....
2. nr.....z .....

.....  
(data i CZYTELNY podpis Klienta)

\* Niewłaściwe skreślić